

CUIDADOS PALIATIVOS Y LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: UN CONSTANTE Y ESTÉRIL DEBATE SOCIAL.

PALLIATIVE CARE AND LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT: A CONSTANT AND STERILE SOCIAL DEBATE.

Adam A
Departamento de Medicina Legal.
Universitat de València.
España.

Correspondencia: Aurora.Adam@uv.es

Resumen: a pesar de los constantes esfuerzos de la comunidad científica por llegar a acuerdos, especialmente desde el punto de vista ético, y para aclarar conceptos respecto a las diferentes posibilidades que pueden llegarse a dar en el tratamiento del final de la vida, el debate en la sociedad sigue siendo intenso y constante. En algunas ocasiones, incluso, se crea una enorme alarma social respecto a temas que parecían superados. También se producen debates sobre la necesidad de legislar aspectos relacionados con el final de la vida que, no solamente ya lo están, sino que incluso se han plasmado en leyes de forma múltiple. Cabe plantearse, por tanto, por qué se siguen produciendo tantas dudas en la sociedad sobre aspectos de la práctica habitual de la Medicina, qué conceptos se confunden y sobre qué aspectos es necesario fijar el foco de atención.

Palabras clave: cuidados paliativos, sedación terminal, limitación del esfuerzo terapéutico.

Abstract: Despite the scientific community's continued efforts to reach an agreement, which is especially important for ethical issues and for developing and clarifying concepts about possibilities of end of life care, social debate remains sharp. Sometimes even a major concern in today's society is created on far exceeded ethical issues. Additionally, we find discussions linked to the need of legislation of the end of life care different issues, which are already contemplated on written law in different areas. Therefore, the question is to find the cause of controversy and doubt in society for these medical practices, to clarify concepts and to focus on what needs to be fixed.

Keywords: palliative care, terminal sedation, limitation of therapeutic effort.

*Del llim d'aquesta terra amarada de plors
el meu anhel es desarrela.
Morir deu ésser bell, com lliscar sense esforç
en una nau sense timó, ni rem, ni vela,
ni llast de records!*

Miquel Martí i Pol.
Fragmento de *Dolç àngel de la mort*. 1936

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la existencia del ser humano la muerte ha sido un tema recurrente sobre el que estudiar, reflexionar, discutir y luchar, pero también que hay que aprender a aceptar. Representa el gran caballo de batalla de la Medicina, pero tal vez el punto de su aceptación cuando no es posible otro final, es sobre el que hemos trabajado menos o de una forma no tan efectiva. Y es que la muerte es una fase más de la vida, la última de ellas, sin la que no pueden entenderse el resto.

Al ser humano le cuesta mucho aceptar el hecho de que la muerte ha de sobrevenir y es frecuente que trate de obviar esta cuestión. No querer morir es algo absolutamente comprensible y natural, pero no tanto negar el hecho de que ello sucederá.

Se entiende y se presume que a cualquier persona, si pudiera elegir, preferiría morir sin dolor, sin sufrir y sin que su

dignidad o su intimidad se viesen afectadas. Es algo que parece poco discutible. Sin embargo, cuando se habla de la muerte, especialmente a nivel institucional, suele entrarse en una serie de conceptos enrevesados y de consideraciones morales o religiosas que poco tienen que ver con esa idea básica y poco discutible, dividiendo a la sociedad y desviándose, una vez más, del tema principal.

Y es que, efectivamente, hablar del proceso de morir es entrar en una discusión que parece no tener fin. Existen muchos aspectos o situaciones clínicas que merecen la discusión constante, por la evolución de la ciencia, que depende también del debate científico, y de la propia sociedad. A su vez, la forma en la que morimos es uno de los aspectos que con más facilidad traspasa la frontera del debate científico para llegar al debate social.

Esta situación se hace especialmente visible cuando aparecen, o más bien se hacen públicos, casos de personas que se encuentran en esas fases finales de su vida, pero que el camino hacia la muerte, de cómo ésta se dé, supone posicionamientos divergentes entre las diferentes partes que intervienen en el proceso: el propio paciente, sus familiares, los médicos que le tratan, lo que dictamina la Ley y las personas encargadas de interpretarla, es decir, los jueces. Si, además, el paciente es un menor de edad, el debate se multiplica.

Cabe preguntarse, por tanto, porqué seguimos en este debate interminable, cuáles son las causas que llevan a no encontrar caminos claros de consenso que no afecten al proceso de una muerte adecuada, digna y sin dolor.

LA NORMA EN ESPAÑA

Es frecuente que cada cierto tiempo aparezca una nueva propuesta para incluir una Ley sobre la muerte digna en nuestro país. Por tanto, con ello se considera que existe la necesidad de legislar aspectos que no lo están. Pero, ¿realmente esto es así?

Nuestra legislación actual no deja dudas con respecto al suicidio asistido, de forma que el Código Penal sanciona con el artículo 143.4 (1) la inducción y cooperación al suicidio, así como la eutanasia, aunque no ha habido ninguna condena en España a través de este artículo (2). También existe consenso entre los juristas para no condenar la limitación del esfuerzo terapéutico, pues se trata de no interponer o dejar de utilizar medidas inútiles que solo alargan una situación de agonía. Es la enfermedad la que provoca la muerte, no la ausencia de tratamiento, pues este no va a ser eficaz. Se trata, pues, de otra forma de buena práctica clínica (2).

El consejo de Europa, a través de su recomendación 1418/99 para la protección de todos los enfermos terminales se defiende que todo paciente en esta situación pueda recibir cuidados paliativos (3 y 4). También la Recomendación 24/03, sobre la organización de los cuidados paliativos, reconocía que este tipo de terapias debían desarrollarse más en Europa, además de aconsejar a los Estados la adopción de políticas, la instauración de leyes y de todas las medidas necesarias para el desarrollo adecuado y universal de estas medidas en los enfermos terminales (5). Se estima que en España más de 3600 personas por cada millón de habitantes y año precisan cuidados paliativos básicos, necesitando de un cuidado por equipos especializados, en torno a un 48% de estos (5).

La Ley 41/2002 de la Autonomía del Paciente (6) también es un reflejo de los derechos de los pacientes en materia de su propia salud, así como sobre su enfermedad y cómo quieren tratarla, de forma que permite acciones fundamentales como el rechazo de tratamientos, como a través de las instrucciones asistenciales, de forma consciente y reflexiva y después de haber recibido toda la información pertinente. Esta Ley refuerza la norma sobre la autonomía del paciente instaurada con la Ley 14/1986 del 24 de abril, General de Sanidad (7).

Además, el tratamiento del dolor y las curas paliativas en el paciente terminal están incluidos en la cartera de

servicios, tanto de atención primaria como de atención especializada, a través del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (8).

Por otro lado, muchas comunidades autónomas han realizado sus propias legislaciones en materia de cuidados paliativos, como Galicia (9) o Andalucía (10). También se han realizado diferentes planes integrales o estrategias, ya sea a nivel nacional o a través de comunidades autónomas, para implementar los cuidados paliativos.

Tras las recomendaciones del Consejo Europeo, en 1999 en España se empezó a gestar un Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Pero recibió una respuesta poco unánime y no sufrió ningún avance hasta 2003 con la Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud. En 2005, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley para que se evaluase la situación de los cuidados paliativos en España (11), y se desarrollase el Plan Nacional. Entre otras acciones se pretendía crear unidades de cuidados paliativos en cada comunidad autónoma. La última actualización del informe sobre estrategia de cuidados paliativos a nivel nacional data de 2011 (5).

En 2011 se llevó al congreso un anteproyecto de ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna, que trataba de reforzar a nivel nacional la posibilidad de la sedación terminal y del rechazo terapéutico. Cabe recordar que, como ya se ha expuesto anteriormente, la sedación terminal, como tratamiento para el dolor y para evitar el sufrimiento, se incluye en la cartera de servicios básicos del Sistema Nacional de Salud y es aceptada a nivel deontológico cuando ya no hay otra posibilidad de tratar el dolor en una fase terminal. También, que el rechazo a un tratamiento se ha incluido en todas las legislaciones sobre la autonomía del paciente. Aunque los debates constantes al respecto, la confusión de conceptos y, especialmente, la falta de medios específicos para universalizar los cuidados paliativos, podía ser una razón suficiente para la instauración de una ley nacional.

Esta ley, finalmente, nunca se llevó adelante.

LA POLÉMICA, CONSTANTE PERO INERTE

Existe una legislación al respecto del tratamiento en el final de la vida y un código deontológico claro en referencia a los cuidados paliativos, la sedación en la agonía cuando no existe otra forma terapéutica de aliviar el dolor, y a la limitación del esfuerzo terapéutico cuando no haya esperanza de beneficio, como formas de buena práctica médica y de obligado auxilio al paciente en situación terminal (12). A pesar de ello, la polémica no cesa en cuanto sale a la luz pública un nuevo caso de estas características. Especialmente, cuando el paciente, además, es menor de edad y sin capacidad para consentir, teniendo que corresponder toda toma de decisiones a los padres y al médico que le trata.

En estos casos no existe diferencias con respecto al adulto incapaz en situación terminal: siempre se va a tratar de hacer lo mejor por el paciente, esto es, facilitar un tránsito hacia la muerte con el menor sufrimiento posible y con una asistencia lo más completa que esté al alcance del médico, tratando de informar debidamente a la familia y de tomar las decisiones en común, siempre que ello sea posible.

Probablemente, uno de los aspectos más complicados en esta materia sea determinar el punto de no retorno, es decir, en qué momento la situación clínica del paciente merece el calificativo de terminal. En estos casos y en otras dudas que surjan durante el proceso de tratamiento del paciente terminal, el comité de ética asistencial del centro puede tener un papel muy relevante.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, para que se considere que un paciente se encuentra en estado terminal, se deben cumplir los siguientes elementos fundamentales (13):

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

El cuarto punto fundamental es uno de los que más influyen en el momento de decidir si el caso que se presenta ya presenta una situación terminal, pues las emociones también pueden llegar a influir decisivamente en el juicio clínico, así como la sensación que tienen muchos profesionales de carecer de criterios claros y válidos para diagnosticar la etapa terminal de la enfermedad, algo que puede llevar a instaurar medidas de soporte vital sin sentido clínico o de terapias inútiles, empeorando la situación del paciente y su sufrimiento (14).

No son pocos los casos en la práctica habitual donde las decisiones son complicadas y el establecimiento de la situación terminal se convierte en un difícil reto. Sin embargo, de vez en cuando se produce una enorme alarma social cuando uno de estos casos sale a la luz pública, especialmente cuando el consenso no es sencillo entre las partes implicadas, cuando incluso se llega a recurrir a la justicia o, también, cuando el paciente es un niño de corta edad. Que el desacuerdo se produzca entre padres o tutores y el equipo médico es posible, en ocasiones debido a la existencia de factores no clínicos que se superponen, como las creencias religiosas o situaciones socioeconómicas complejas, mientras que otras veces la falta de una comunicación fluida es un factor determinante.

La información correcta y completa es uno de los principales factores que pueden influir en una toma de decisiones difícil donde participa tanto el equipo médico como los representantes del paciente o, incluso, el propio paciente. La información sesgada y parcial puede llegar a afectar muy negativamente al paciente terminal, especialmente en cuanto a cómo percibe el paso del tiempo, cómo afronta el dolor, así como a la ansiedad que le pueda producir su situación (15).

La relación médico-paciente-familia o representantes, por tanto, se vislumbra como fundamental en el proceso terminal del sujeto. Sin embargo, la entrada en juego de la opinión pública puede afectar muy gravemente a esta relación, especialmente cuando se contraponen datos incorrectos u opiniones puramente personales con el consenso ético y científico respecto a la instauración de las diferentes medidas disponibles para tratar a estos pacientes.

El debate suele comenzar con la reclamación de una nueva legislación para conseguir una muerte digna, entendiendo esta, como aquella que se produce respetando la autonomía del paciente, sin sufrimiento y sin dolor. Pero es muy habitual que pronto se incluyan términos como la eutanasia, uniéndose casi sin remedio la sedación terminal o las curas paliativas con el suicidio asistido, conceptos que difieren en su elemento principal: los primeros obedecen a pacientes que ya se encuentran en la etapa final de su vida debido al avance irrefrenable de una enfermedad y el suicidio asistido pretende que un sujeto decida cuál es el momento en el que su vida tocará a su fin y su médico le ayude a provocar la muerte. Debido a ello este trabajo no entrará a valorar la pertinencia de debates relacionados con la eutanasia, que ni siquiera poseen un consenso legislativo internacional. Sin embargo, este debate sí se crea por parte de los medios de comunicación y de la opinión pública, asistiendo con estupor a una rápida transición del debate de la situación terminal y cómo afrontarla a si es pertinente o no el suicidio asistido. Tampoco es raro encontrar personas que tratan de sacar algún rendimiento político del sufrimiento ajeno, o llamando a la alarma porque, presuntamente, los médicos están matando a gente cuando lo creen

conveniente, o porque los ciudadanos de este país nos encontremos absolutamente desamparados ante la enfermedad, el sufrimiento y el dolor cuando nos acercamos a la muerte.

No es difícil adivinar entonces, que la confusión a la que se somete a la sociedad sobre estos términos es casi inevitable mientras no se haga una labor pedagógica intensa sobre ello, incluyendo a profesionales y ciudadanos.

UNA SITUACIÓN PREOCUPANTE

Existen motivos de preocupación respecto a la situación de los derechos de los pacientes en los últimos momentos de su vida, para que el tránsito hacia la muerte se produzca con el menor sufrimiento posible. Especialmente por la falta de medios que hagan cumplir estos derechos.

Algunas comunidades autónomas han dado algún paso al frente en cuanto a instaurar programas específicos para tratar al paciente terminal, ya sea en un centro sanitario o en su propio hogar.

De 52 países en zona europea, España ocupa el onceavo lugar en la provisión de recursos específicos, según datos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos (13). En cambio, otros estudios nos sitúan en el puesto 26 de 40 países (16).

No son pocos los factores a valorar para entender el trabajo que queda por hacer. Se han hecho importantes esfuerzos en nuestro país para legislar las prácticas clínicas en el final de la vida y por instaurar equipos de atención específica para estos pacientes. Pero esta implantación es muy desigual entre las comunidades autónomas, de forma que cada comunidad incluye profesionales sanitarios distintos, algunas no incluyen trabajadores sociales o psicólogos, no tienen los mismos servicios entre comunidades y todavía queda mucho camino en lo que se considera una cobertura mínima de esta asistencia.

El informe de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en 2013 revela que se habían puesto en marcha 458 unidades, pero faltaban por lo menos 200 más. Además, en algunas comunidades el esfuerzo había sido importantísimo, como en Cataluña o en La Rioja, sobrepasando incluso los estándares de recursos necesarios, pero en otras como Andalucía, Comunidad Valenciana o Madrid estaban lejos de cumplir unos mínimos (17). Además se calcula que existiría un importante ahorro en los gastos hospitalarios, derivado de la asistencia en el hogar del paciente, con la mejora de su propia asistencia y de su calidad de vida que ello supondría (17).

Por otro lado, también existe una percepción general de que hablar de la muerte sigue siendo un tema tabú en nuestro país. El personal sanitario sigue teniendo importantes lagunas en el conocimiento de las posibilidades de tratamiento en etapas terminales, por falta de formación específica, pese a que, tanto los cuidados paliativos como la limitación del esfuerzo terapéutico son prácticas habituales en unidades de geriatría o de cuidados intensivos.

También la población sigue teniendo un gran desconocimiento de lo que suponen estas unidades terapéuticas y de la diferencia entre los distintos conceptos relacionados con el final de la vida: qué es y qué no es eutanasia y qué significa morir sin dolor. Especialmente existe un importante desconocimiento sobre las posibilidades que tienen si se encuentran en tal situación (17). Además, la mayor parte de la población prefiere una atención domiciliaria que hospitalizada en el final de su vida, según un informe de la Organización de Consumidores y Usuarios (18).

Queda un largo recorrido para llegar a un conocimiento real de la situación en nuestro país, por esfuerzos que hacer en la organización de recursos y en el conocimiento sin sesgos de la población sobre sus posibilidades ante una situación terminal.

CONCLUSIONES

En los últimos años se ha podido observar un importante impulso hacia la mejora del sistema sanitario en cuestión

del tratamiento del paciente hacia el final de la vida, pero el camino todavía es largo. Existen importantes diferencias entre las comunidades autónomas en materia de servicios. Pero uno de los elementos más importantes que quedan por resolver es la información que se da a la sociedad sobre las posibilidades de tratamiento y sobre qué se puede hacer y qué no en estas últimas etapas.

Esta información no es solo parcial, sino sesgada. El silencio administrativo sigue siendo muy evidente, no solo hacia el ciudadano, tampoco el médico tiene facilidades para recibir una formación especializada en la materia.

Sin embargo, la práctica clínica habitual sí que tiene muy presente al paciente terminal. Es parte del día a día de muchos servicios médicos, aunque siga pareciendo que hablar de la muerte es un tema tabú. Paradójicamente, cuando surge algún caso a la luz pública, aparece un debate incesante, donde se expresan opiniones, a menudo personales, que poco tienen que ver con la deontología y la legislación.

Pese a tener una amplia legislación que regula aspectos como la autonomía del paciente, así como las prestaciones que ofrece el Sistema Nacional de Salud, se lleva años reclamando, tanto a nivel estatal como autonómico, la realización de leyes específicas sobre el manejo de la situación terminal. Algunas autonomías han avanzado en este sentido, pero sigue sin existir una regulación específica estatal. Puede llegar a ponerse en duda su conveniencia, pero el continuo debate y alarma, en muchas ocasiones infundada, da razones para esta regulación. No menos importante es esta regulación para conseguir un reparto más justo de los recursos y asegurar que se cumplan derechos que ya se incluyen en la legislación vigente y que no se encuentran cubiertos en muchos casos.

La toma de decisiones en la práctica clínica ya presenta importantes dificultades por sí sola, pero si no se ponen los medios necesarios para facilitar las opciones que puedan tener los diferentes agentes que participan en esta toma de decisiones, se llega a un problema mayúsculo. El resultado no puede ser otro que un mayor sufrimiento para familiares y pacientes y un atasco en el avance de esta sociedad hacia una mejora en la calidad de vida, también en el tránsito hacia el final de la misma.

REFERENCIAS

1. Código Penal (LO 10/1995, de 23 de noviembre). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
2. Simón P, et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*. 2008; 23 (6): 271-285.
3. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi. Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suïcidi 2006, Generalitat de Catalunya, Catalunya.
4. Álvarez S. Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia. *Atención Primaria*. 2009; 41 (7): 405-410.
5. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2011. Acceso el 11 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
6. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. pp. 40126-40132.
7. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. BOE núm. 102, de 14 de abril de 1986. Pp. 15207-15224.

8. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1030/06, de 15 de septiembre, que establece Establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 15 de septiembre de 2006. Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/es/Guia/leyes/RD103006.html>
<http://www.empleo.gob.es/es/Guia/leyes/RD103006.html>
9. Diario Oficial de Galicia número 133. Jueves, 16 de julio de 2015. Pags 29648-29669. LEY 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. Acceso el 9 de diciembre de 2015. Disponible en: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2015/20150716/AnuncioC3B0-020715-0003_es.html
10. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 88 del 7 de mayo de 2010. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Acceso el 10 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1>
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1>
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1>
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1>
11. Proposición no de Ley 14/02 sobre cuidados paliativos. Boletín Oficial de las Cortes Generales del Congreso de los Diputados, serie D, n.o 191 (25 abril de 2005).
12. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Organización Médica Colegial de España. Julio de 2011. Acceso el 9 de diciembre de 2015. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_2011.pdf
http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_2011.pdf
13. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Acceso en 22 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.secpal.com///Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
<http://www.secpal.com///Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
14. García-Caro P, et al. Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2010; 10 (1): 57-73.
15. Montoya R, et al. Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. Medicina Paliativa. 2010; 17 (1): 24-30.
16. Murray S, et al. The quality of death. Ranking end of life care across the world. The Economist Intelligence Unit 2010.
17. Oriol I, et al. Informe de la situación actual en cuidados paliativos. Conselleria de Salut. Govern de les Illes Balears. Junio de 2014. Acceso el 23 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145ZI178957&id=178957>
<http://cuidadospaliativos.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145ZI178957&id=178957>
<http://cuidadospaliativos.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145ZI178957&id=178957>
18. OCU. Cuidados paliativos: morir mejor. Nota de prensa 6 de junio de 2011. Acceso el 23 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2011/cuidados-paliativos-morir-mejor543344>
<http://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2011/cuidados-paliativos-morir-mejor543344>